Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie
pod kierunkiem Prof. Dra A. Marsa.

KILKA UWAG

O CIĄŻY ŚRÓDMIĄŻSZOWEJ

OPISAŁ

DR. FRANCISZEK KOŚMIŃSKI
asystent szkoły położnych w Krakowie.

KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie
pod kierunkiem Prof. Dra A. Marsa.

KILKA UWAG
O CIĄŻY ŚRÓDMIĄŻSZOWEJ

OPISAŁ

Dr. Franciszek Kośmiński
asystent szkoły położnych w Krakowie.

KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

46579
II

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1897. Nr. 39 i 40

Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

Kilka uwag o ciąży śródmiąższowej

podał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

Z pism lekarzy wieków średnich dowiadujemy się, że przypadki ciąży zamacicznej były im znane; jednak jako osobną formę opisał dopiero Schmitt[1]) przypadek ciąży śródmiąższowej w r. 1807. I do dzisiejszego dnia przypadki ciąży śródmiąższowej należą do rzadkich, zwłaszcza w porównaniu z wielką liczbą przypadków ciąży zamacicznej wogóle, a z zestawień liczbowych różnych autorów przypada na 100 ciąży zamacicznej trzy przypadki ciąży śródmiąższowej.

Jakie są przyczyny rozwijania się ciąży śródmiąższowej w szczególności, a ciąży zamacicznej wogóle, tego na pewne powiedzieć jak dotąd nie można; to jednak jest rzeczą pewną, że nie jest tu jedna przyczyna stale się powtarzająca, lecz że w różnych przypadkach przyczyny bywają różne. Najczęstszą przyczyną bywa prawdopodobnie sprawa zapalna przewłoczna na *perimetrium* z wytworzeniem się zrostów (na co zwrócił uwagę Virchow), skutkiem czego cierpi rucho-

---

[1]) Beobachtungen der Josephsakademie in Wien 1807. Bd. I.

mość macicy i części dodatkowych, a zwłaszcza ruch robaczkowy trąbek jest znacznie upośledzonym. Dalszą przyczyną może być nagłe gwałtowne wzruszenie umysłowe, jak n. p. przestrach podczas spółkowania, skutkiem czego ruch robaczkowy trąbek i otoczenia może zostać upośledzonym, a nawet zniesionym.

Przypadek, który przemawia za powyższem przypuszczeniem opisał Freund[1]). Nie ulega dalej wątpliwości, że zmiany w ścianie jajowodów, a zwłaszcza zmiany błony śluzowej i przybłonka migawkowego, następnie znaczniejszego stopnia kręty przebieg jajowodów z utworzeniem rozmaitych zakrętów i zaułków, a wreszcie niezupełne wykształcenie się, niedostateczny rozwój trąbek, mogą być powodem rozwinięcia się ciąży zamacicznej, śródmiąższowej. W ostatnich czasach zwrócił uwagę Freund[2]) na okoliczność, że w świecie zwierzęcym spotykamy się z ciążą zamaciczną tem częściej, im na wyższym stopniu rozwoju zwierzęta się znajdują i im dłuższy czas upłynął od chwili obłaskawienia ich z pierwotnego stanu dzikości. U zwierząt żyjących w stanie dzikim, czas rozpłodu odbywa się w pewnych porach roku, u zwierząt domowych zaś nie tak regularnie; otóż im nieregularniej u zwierząt odbywa się stosunek płciowy, tem częściej spotykamy się z ciążą zamaciczną. Wreszcie opisał Freund dwa przypadki ciąży zamacicznej, w których stosunek płciowy odbywał się przez długi szereg lat od dziesiątego dnia po menstruacyi do szóstego dnia przed wystąpieniem regularności, a to w celu uniknięcia zapłodnienia; po dłuższym czasie rozwinęła się w obu przypadkach ciąża zamaciczna, co tłómaczy autor tem, że stosunek płciowy nie odbywał się w czasię, kiedy *appetitus coeundi* u kobiety jest największy, to jest w pierwszych dziesięciu dniach po menstruacyi.

---

[1]) Archiv f. Gynäkolog. 1883. Bd. XXII.

[2]) Ectopie Gestation in Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynekologists. Vol. III. 1890. Philadelphia, Dornan, Printer. 1891.

O ciąży śródmiąższowej mówimy wtedy, jeżeli zapłodnione jajko usadowi się i rozwija w tej części trąbki, która przez ścianę macicy przebiega. Według Henniga[1]) należy rozróżniać trzy rodzaje ciąży śródmiąższowej, a mianowicie: jeżeli jajo płodowe rozwija się następnie częścią w trąbce, częścią zaś w jamie macicy, jest to więc *graviditas tubouterina*; jeżeli jajo płodowe rozwija się w całości tylko w tej części trąbki, która przez ścianę macicy przebiega, przyczem ściany trąbki zostają nienaruszone, zatem będziemy mieli prawdziwą *graviditas interstitialis*, wreszcie jeżeli jajo płodowe rozwija się częścią w kawałku macicznym trąbki, częścią zaś przechodzi po za ściany trąbki i, oddzielając warstwy mięśni macicy, rozwija się pomiędzy mięśniami w samej ścianie macicy, w takim razie powstaje *graviditas intramuralis*. Ten ostatni rodzaj ciąży śródmiąższowej występuje bardzo rzadko, a w piśmiennictwie znanych jest dotychczas tylko około dziewięciu przypadków.

Rozpoznanie ciąży śródmiąższowej jest rzeczą trudną, częstokroć prawie nie możebną; znane są nawet przypadki, w których jeszcze podczas operacyi, to jest po otwarciu jamy brzusznej, rozpoznanie nie było łatwem. W miarę rozwoju ciąży śródmiąższowej, ta część ściany macicy, w której się jajo płodowe znajduje, wypukla się w postaci guza; guz ten jednak przechodzi zawsze bezpośrednio w ściany trzonu, będąc dalszym ciągiem macicy i jest ułożonym mniej lub więcej z boku od trzonu macicy. Więzadła okrągłe, trąbki i jajniki znajdują się po obu stronach wspomnianego guza, tak jak w przypadkach ciąży wewnątrzmacicznej i ciąży rozwijającej się w jednym z rogów macicy dwurożnej mniej lub więcej rozwiniętym lub nawet szczątkowym. Stosunek ten więzadeł okrągłych i trąbek do guza pozwala nam odróżnić i rozpoznawać ciążę śródmiąższową od innych rodzajów ciąży zamacicznej. Niejednostajna zaś zbitość ścian, możność wybadania zaznaczonego ową zbitością właściwego trzonu ma-

[1]) Centralblatt f. Gynäkolog. Nr. 12. 1889.

cicy, nie zupełnie symetryczne zarysy guza i położenie zbaczające od linii środkowej ciała, wyróżniają nam przypadki ciąży śródmiąższowej od ciąży wewnątrzmacicznej.

Natomiast rozpoznanie ciąży śródmiąższowej od ciąży w rogu macicy dwurożnej będzie najczęściej możliwem dopiero *a posteriori*, gdy bowiem po poronieniu macica przybierze kształt macicy prawidłowej, to mieliśmy do czynienia z ciążą śródmiąższową, jeżeli zaś wystąpi wyraźnie drugi róg macicy, to ciąża rozwijała się w rogu. Podczas ciąży rozpoznanie jest możliwe wyjątkowo chyba tylko wtedy, gdy obok guza, niezależnie od niego, wybadaćby można wyraźnie drugi osobny róg macicy; rozróżnienie zaś od ciąży w rogu szczątkowym jest prawie niemożliwem; znane są nawet przypadki, w których rozpoznanie takie nawet na stole sekcyjnym nastręczyło poważne trudności. W miarę rozwijania się ciąży zamacicznej powiększa się równocześnie macica, a Bandl[1]) twierdzi, że im bliżej macicy ciąża zamaciczna się rozwija, tem więcej macica się powiększa, z czegoby wynikało, że najżywszy udział, największy wzrost okazywać powinna macica w przebiegu ciąży śródmiąższowej.

Ze względu że nie wiele dotychczas opisano przypadków ciąży śródmiąższowej, w których rozpoznanie klinicznie niewątpliwie zostało stwierdzonem, podaję opis przebiegu przypadków jakie miałem sposobność spostrzegać.

R. S., lat 28, przyjętą została na oddział III. dnia 20 Grudnia 1896 r. Pierwsza regularność wystąpiła w 15 roku życia i odtąd powtarzała się w nieregularnych odstępach czasu, bo co 4 lub 6, a nawet i więcej tygodni, trwając przez 4 do 10 dni, zawsze obfita. Rodziła razy 5, ostatni raz przed 1½ rokiem; porody i połogi prawidłowe. — Przed 3-ma laty poroniła. Ostatnia regularność we Wrześniu 1894 r., w Czerwcu 1895 r. urodziła na czasie prawidłowo, poczem karmiła aż do Sierpnia 1896 roku. Po odstawieniu dziecka regularność nie wystąpiła, dopiero dnia 1 Listopada 1896 r. pokazały się skąpe, blado różowe odchody, które trwały pół dnia. W tym czasie zauważyła chora guz wielkości pięści w dolnej części brzucha, równocześnie zaś wystąpiły

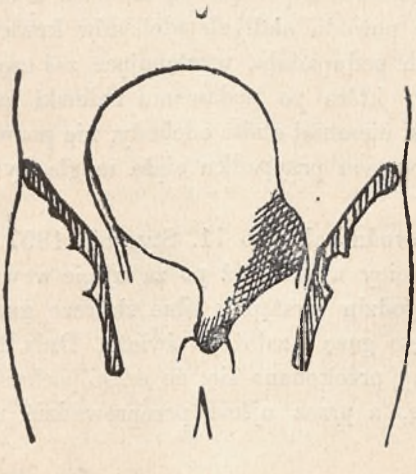
---

[1]) Handb. d. Frauenkrankh. v. Billroth-Lücke. II. Aufl. II. Bd. pag. 813.

bóle w podbrzuszu, które się rozpromieniały do obu kończyn dolnych. Przedtem nie miała żadnych przypadłości; od Listopada zmienił się jej smak, występowały często nudności naczczo, jednak nie tak jak podczas poprzednich ciąży i teraz wcale nie umie powiedzieć, czy jest obecnie w ciąży czy nie. W Listopadzie i Grudniu pojawiały się co kilka dni z części rodnych odchody blado różowe, nie obfite.

Stan obecny: Budowa licha, odżywienie podupadłe, niedokrewność znaczna. Sutki obwisłe, małe, zrazy gruczołu nie zdają się być powiększone, ze sutków nie daje się nic wycisnąć. Brzuch płaski, wiotki, na skórze liczne blizny stare, białe; linia środkowa pod pępkiem nieco ciemniej zabarwiona. Nad spojeniem łonowem więcej po stronie prawej wyczuć się daje guz kształtu jajowatego, gładki, wychodzący z miednicy małej, z boku na bok nieco przesuwalny, sięgający na jeden palec poniżej pępka, guz ściśle ograniczony, elastyczny, który od czasu do czasu pod ręką jędrnieje, przyczem chora uskarża się na dotkliwy ból, szczególniej po stronie prawej. Szpara sromowa ziejąca, przedsionek charakterystycznie sinawy, pochwa krótka, szeroka, pulchna, część pochwowa nizko ustawiona, rozpulchniona, na mniej niż falangę palca długa, ujście szparowate z licznymi wrębami.

Badanie oburęczne wykazało, że dalszy ciąg części pochwowej wyczuwa się jako wązki pasek grubości małego palca, który następnie przechodzi bezpośrednio w ściany powyżej opisanego guza. Przy dokładnem badaniu jednak uderza niejednostajna zbitość ścian guza, a mianowicie bardzo wyraźnie czuć, że dolna część guza po stronie lewej jest znacznie twardszą i że ta część twardsza wyraźnie od reszty guza zaznaczona wielkością i kształtem, przypomina część trzonu macicy nieco powiększonej, od górnego zaś brzegu lewego tej części twardszej czuć wyraźnie dochodzącą trąbkę prawidłowych rozmiarów,



trąbka lewa odchodziła nieco poniżej miejsca odpowiadającego połowie a obok z boku nieco powiększony jajnik. W stosunku do całego guza guza. W przeciwstawieniu do części twardszej po stronie lewej, reszta guza wyczuwała się jako elastyczny chełbocący guz, wielkości głowy noworodka, o ścianach cienkich, od czasu do czasu jędrniejących. — Trąbka prawa odchodziła znacznie wyżej aniżeli lewa bo mniej więcej we wysokości $^1/_8$ części górnej guza; część jej obok guza była znacznie grubsza, a ściany jej niewyraźnie przechodziły w elastyczne ściany guza; część obwodowa prawej trąbki i jajnik prawy prawidłowe.

Rysunek szematyczny stosunki te uzmysławia.

Z badania tego nabrano przekonania, że guz ten odpowiada powiększonej macicy skutkiem ciąży nieprawidłowo się rozwijającej.

Wśród kilkunastodniowej obserwacyi wystąpiły obfite odchody krwawe, wraz z silnymi bolami dołem i w krzyżach, przyczem zauważono, że różnica, co do zbitości guza, w porównaniu z częścią t[illegible]ą po stronie lewej, stała się nieco mniejszą, natomiast [illegible]ć ta twardsza po stronie lewej, przypominająca trzon macicy, stała się znacznie większa niż przy pierwszem badaniu, guz zaś sam wśród jędrnienia przedstawiał się nieco mniejszym.

Po dłuższej dokładnej obserwacyi gdy rozpoznanie ciąży śródściennej z dążnością rozrostu ku jamie macicy za jedynie możliwe przyjęto, postanowiono ciążę przerwać, tem więcej, że część pochwowa poczęła się skracać, a chora bardzo niedokrewna, z powodu obfitych odchodów krwawych, coraz więcej na siłach podupadała, występujące zaś często wybitne skurcze macicy, które po podawaniu nalewki makowca nie ustępowały, jak niemniej obfite odchody, nie pozwalały przypuszczać, aby w tym przypadku ciąża mogła być do końca utrzymaną.

Z tego powodu założono 11. Stycznia 1897 gazę jodoformową do macicy wysoko aż po za ujście wewnętrzne, poczem w kilka godzin wystąpiły silne skurcze guza. Następnego dnia wyjęto gazę i założono świeżą. Dnia 13 Stycznia po wyjęciu gazy przekonano się, że część pochwowa zanikła prawie zupełnie, a przez ujście przeprowadzić można dwa

palce. W celu większego rozszerzenia założyłem do jamy macicznej mały balonik kauczukowy, a wypełniwszy go płynem, powoli wysunąłem. Wśród tego pękł pęcherz płodowy, wprowadziłem zatem dwa palce, a wyczuwszy płód w położeniu poprzecznem, uchwyciłem nóżkę płodu i ściągnąłem, a następnie pociągając za nią, wydobyłem płód około 15 ctm. długi, okazujący cechy świeżej maceracyi. Ponieważ po wydobyciu płodu macica bardzo leniwo się kurczyła, krwawienie zaś obfite wystąpiło, wydaliłem popłód ręcznie. Bardzo pouczającem było badanie wewnątrzmaciczne dwoma palcami podczas wydobywania popłodu i bezpośrednio potem. A mianowicie dolna część macicy, jako też lewa strona jamy, okazywała ściany jędrne, grube, tak jak się to wyczuwa po wprowadzeniu palca do jamy macicznej po wydaleniu jaja płodowego w pierwszych miesiącach, prawa zaś strona i część górna jamy była znacznie, bo prawie dwa razy większa, ściany jej wiotkie, bardzo cienkie, nie kurczące się, wyraźnie odróżniały się od ściany po stronie lewej tak, że po zoryentowaniu się można było rozróżnić, jakby dwie jamy, jedną mniejszą o ścianach grubszych, drugą większą o ścianach cienkich, które ze sobą się łączyły przez bardzo szeroki otwór. Łożysko usadowionem było na prawej i przedniej ścianie jamy większej. Z powodu silnego krwawienia wytamponowałem jamę gazą jodoformową. Połóg przebiegał prawidłowo. Po 24 godzinach usunięto gazę z pochwy, po dalszych 48 godzinach resztę gazy, która po większej części z macicy do pochwy została wypchnięta. Macica zwijała się szybko tak, że w dziesiątym dniu połogu zaledwie nad spojeniem łonowem wyczuć się dawała. Po dwu tygodniach badanie wykazało część pochwową na falangę palca długą, ustawioną w osi miednicy; ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami, macica leży w prawidłowem przodozgięciu, w całości jest nieco większa, ruchoma. Od strony lewej macicy odchodzi trąbka lewa prawidłowych rozmiarów, z boku zaś, tuż przy kości łonowej nieco powiększony jajnik. Prawa strona macicy wyczuwa się o zarysach więcej rozlanych, nie

ostrych i jest w całości większa, nie tak zbita jak cała macica, lecz natomiast jest znacznie większa; trąbka prawa jest w całości grubsza, tuż obok macicy rozszerza się lejkowato i przechodzi w ściany macicy. Obwodowa część trąbki prawej i jajnik prawy prawidłowe. Trąbka lewa odchodzi nieco niżej, aniżeli trąbka prawa.

W przedstawionym przypadku mieliśmy zatem niewątpliwie do czynienia z ciążą śródścienną, która w przebiegu *abortus uterinus* rozszerzyła ujście maciczne trąbki, skutkiem czego jajo płodowe znajdowało się w końcu częściowo w jamie macicznej, częściowo zaś w zaułku śródściennym macicy. Część jamy po stronie lewej o ścianach grubszych, którą można było dokładnie wyczuć po wydaleniu jaja płodowego, odpowiadała jamie macicznej, druga zaś większa część jamy o ścianach cienkich, wiotkich, odpowiadała miejscu pierwotnego usadowienia się jaja płodowego, a ścianę jej tworzyła bardzo znacznie rozszerzona i ścieńczała część ściany macicy wraz z częścią trąbki, która przez ścianę macicy przechodzi. Stosunek wzajemny jaja płodowego do jamy macicznej bywa przy ciąży śródmiąższowej różny, a zależy to od tego, czy jajo rozrasta się więcej w kierunku odśrodkowym, czy też dośrodkowym. W pierwszym przypadku jajo płodowe rozwijać się będzie częściowo ku trąbce, a mianowicie w części trąbki tuż od macicy odchodzącej, a miejsce rozwoju jaja płodowego połączonem będzie (komunikuje) z jamą maciczną przez prawidłowych rozmiarów lub nieco tylko rozszerzone *ostium uterinum tubae,* w drugim przypadku jajo, rozrastając się ku jamie macicznej rozszerzać będzie stopniowo ujście maciczne trąbki i wypełniać częściowo jamę maciczną tak, że wreszcie prawie całe jajo płodowe może się znaleźć w jamie macicznej i dalej rozwijać, a pierwotne miejsce śródścienne rozwoju jaja płodowego przedstawiać się będzie w postaci zaułka wyraźnie od całego trzonu macicznego odgraniczonego, o ścianach nadzwyczaj cienkich i wiotkich. Tak więc ciąża rozwijająca się z początku jako właściwa *graviditas interstitialis* przejść może następnie w postać *graviditas*

tubo-uterina. W przebiegu *abortus uterinus* wobec ciąży śródściennej następuje również rozszerzenie ujścia macicznego trąbki a następnie stopniowe przejście jaja płodowego z zaułka do jamy macicznej, jednak w takim razie przejście to odbywa się względnie szybko, a jajo płodowe wśród tego ginie, zalegając zaś czas pewien w jamie macicznej, zanim na zewnątrz wydalonem zostanie siłą skurczów macicy, niedostatecznie do tej czynności przygotowanej, może ulegać rozkładowi i spowodować zakażenie. Przebieg, a co za tem idzie, rokowanie i leczenie, zależą od kierunku, w jakim sijajo płodowe rozwijać będzie. I tak gdy jajo rozwija się więcej w kierunku trąbki, to przebieg zbliża się zupełnie do tego, jaki bywa w przypadkach ciąży trąbkowej; z powodu jednak grubszych ścian następuje pęknięcie worka płodowego zazwyczaj w nieco późniejszym okresie ciąży. Jeżeli zaś jajo płodowe rozwijać się będzie w kierunku dośrodkowym i w znaczniejszej przynajmniej części będzie się następnie rozwijać w jamie macicznej, to ciąża albo zostaje przerwaną, albo też może się utrzymać do końca, a poronienie lub poród odbyć się mogą tak jak w przebiegu ciąży śródmacicznej; pamiętać jednak należy, że w miejscu wypuklenia się ściany macicznej, w miejscu zaułka powstałego po pierwotnem usadowieniu się śródściennem jaja płodowego może z rozpoczęciem się bolów porodowych powstać pęknięcie zcieńczałej ściany macicznej. Dowodem tego przypadek B. Schulzego[1]), w którym nastąpiło pęknięcie macicy u pierwiastki na końcu ciąży z rozpoczęciem się czynności porodowej i Slawiańskiego[1]), który napotkał podobny przypadek na stole sekcyjnym; w obu przypadkach nastąpiło pęknięcie w miejscu zaułka pierwotnego rozwoju jaja płodowego. Jednak oprócz pęknięcia ściany zaułka grozi takiej osobie jeszcze inne niebezpieczeństwo, a mianowicie, ponieważ pierwotnie jajo płodowe rozwijało się po za jamą

[1]) Verhandlung d. 2. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkolog.

maciczną, więc zazwyczaj przynajmniej część łożyska pozostaje do końca przyczepioną do cienkich ścian tworzących zaułek.

Gdy po wydaniu płodu ściany maciczne kurcząc się mocno i przesuwając się niejako swą powierzchnią, odklejają w ten sposób od powierzchni łożyska, to ściany cienkie zaułka, niekurczące się, wiotkie, nie czynią tego; tu związek pomiędzy ścianą macicy, a łożyskiem zostaje utrzymanym, łożysko w tem miejscu nie odkleja się. Jeżeli znaczniejsza część łożyska była usadowioną w zaułku, to zazwyczaj następuje całkowite zatrzymanie się popłodu, a wydobycie ręczne i oddzielenie części łożyska przyczepionej do cienkich ścian zaułka bez ich przedarcia napotka chyba bardzo wielkie trudności; gdy zaś nawet takie oddzielenie pomyślnie się uda, to wystąpi na pewne krwotok z przerwanych naczyń krwionośnych, z powodu niedostatecznego kurczenia się ścian zaułka.

Jeżeli zaś tylko mała część łożyska, tak jak to prawdopodobnie najczęściej bywa, jest usadowioną w zaułku, to kawałek ten łożyska również nie odkleja się od ścian zaułka, skutkiem kurczenia się macicy następuje skurcz ujścia macicznego trąbki, kawałek ten łożyska zostaje niejako uwięzgniętym w zaułku, wreszcie łożysko albo siłą swego ciężaru, lub też, przy wydaleniu sztucznem, zostaje oderwanem od tego kawałka i wydalonem, kawałek zaś sam pozostaje. Wydobycie ręczne takiego kawałka, uwięzgniętego w zaułku, czy to bezpośrednio po porodzie, czy też później, będzie bardzo trudnem, prawie niemożebnem; raz, że zaciśnięte ujście maciczne trąbki nie przepuści więcej jak jeden palec, a powtóre, że przy użyciu tylko nieco większej siły możemy przedrzeć cienką ścianę zaułka. Taki zatrzymany kawałek łożyska da nam wszystkie objawy ukleja (polipa) łożyskowego, a nie wydalony, rozkłada się, powodując ogólne zakażenie. Że tak rzeczywiście bywa, dowodzi będący żywo mi w pamięci przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać i operować na oddziale położniczym.

W nocy dnia 6-go Marca 1894 roku zostałem wezwany śpiesznie na oddział do W. S., lat 28 liczącej, która przed kilku minutami urodziła siłami przyrody poraz pierwszy dziecko czasowe, w położeniu czaszkowem drugiem i od tej chwili silnie krwawi. Badanie wykazało macicę na 2 palce powyżej pępka dość dobrze w całości się kurczącą, róg zaś lewy macicy, znacznie wypuklony i powiększony, był miękki, prawie elastyczny, mało co jędrniejszy i przy nacieraniu bolesny; popłód w jamie macicy, krwawienie z części rodnych obfite. Gdy zabiegiem Crédego nie udało się popłodu wydalić, krwawienie zaś jeszcze się wzmogło, przystąpiłem do wydobycia ręcznego popłodu. Łożysko w większej połowie już odklejone, znalazłem na przedniej i lewej ścianie macicy. Oddzielając z łatwością resztę łożyska od ścian macicy, a współoperując ręką zewnętrzną, znalazłem się w końcu w lewym rogu macicy, w zaułku kształtu lejkowatego, o ścianach bardzo cienkich, do których kawałek łożyska był silnie jeszcze przyczepionym. Ponieważ oddzielone łożysko cały zabieg znacznie utrudniało, przeto, oddzieliwszy go od kawałka w zaułku, osobno wydobyłem. Po powtórnem wprowadzeniu ręki do jamy macicznej, dostałem się do zaułka dwoma palcami i powoli, ostrożnie oddzielałem resztę łożyska od cienkich ścian; ponieważ jednak zaułek ten lejkowato znacznie się zwężał, przeto dalej operować mogłem nie dwoma, lecz tylko jednym palcem, w końcu czułem wprawdzie na szczycie lejka wyraźnie jeszcze kawałek łożyska, jednak oddzielić go i wydobyć, pomimo najusilniejszych starań, w żaden sposób nie zdołałem; na użycie zaś większej siły nie mogłem się odważyć, z powodu ciągłej obawy przedarcia cienkich ścian, tworzących zaułek. Rodząca zniosła zabieg bardzo dobrze, krwawienie ustało, macica kurczyła się dobrze, tak więc z całą świadomością widziałem się zmuszonym pozostawić ów kawałek łożyska.

Przez pierwszych kilka dni położnica miała się dobrze, szóstego dnia zaczęła gorączkować, siódmego wystąpił obfity krwotok. Ułożono zatem położnicę odpowiednio i, w uśpieniu chloroformowem, oddzieliłem i wydobyłem z wielką trudnością jednym palcem z dna tego lejka jeszcze kawałek łożyska, już rozkładającego się i cuchnącego, wielkości śliwki, jednak z tem uczuciem, że jeszcze jakieś strzępki musiały pozostać. Odtąd krwawienie się wprawdzie nie powtórzyło, jednak położnica gorączkowała dalej i wśród objawów typowej posocznicy, zmarła dnia 17 Marca.

Sekcya wykazała, że trąbka lewa, a mianowicie część jej tuż od macicy odchodząca, była w kształcie lejka znacznie rozszerzona, a ściany jej, znacznie grubsze, przerosłe, przechodziły bezpośrednio i gubiły się w rozszerzonym i powiększonym rogu macicy. Na wewnętrznej powierzchni zaułka, utworzonego przez rozszerzoną część maciczną trąbki, znajdowały się nitki i drobne strzępki, jako pozostałość po uczepieniu

się łożyska, na dnie zaś lejka znajdował się jeszcze kawałeczek utkania łożyskowego wielkości fasoli.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Endometritis septica*, *metrophlebitis purulenta*, *peritonitis*, *pneumonia hypostatica*.

W przypadku tym więc rozwinęła się początkowo ciąża śródmiąższowa, która następnie rozrastając się ku jamie macicznej, zamieniła się na śródmaciczną i do końca została utrzymaną; że zaś początkowo ciąża rozwijała się w trąbce, dowodzi tego obecność wyżej opisanego lejkowatego zaułka, który bezpośrednio przechodził w trąbkę lewą, a następnie przyczepienie się kawałka łożyska do ścian tego lejka.

Jeżeli ciąża rozwija się w samej ścianie macicznej, pomiędzy warstwą mięśni jako *graviditas intramuralis*, to w takim razie prędzej czy później, zależnie od grubości ścian, musi przyjść do pęknięcia ściany i wydalenia jaja płodowego do jamy brzusznej, tak jak to najczęściej ma miejsce w przebiegu ciąży trąbkowej, wraz ze wszystkiemi dalszemi następstwami.

Ciąża śródmiąższowa zatem w każdej swej postaci, jako *graviditas tubo-uterina*, *interstitialis* lub *intramuralis* i w każdym okresie swojego rozwoju, czy na początku, czy na końcu ciąży, a nawet wśród porodu i w połogu, może dotyczącą osobę narazić na poważne niebezpieczeństwo. Z tego wynika, że w przypadkach ciąży śródmiąższowej nie należy bezwarunkowo zajmować stanowiska wyczekującego, lecz trzeba wystąpić czynnie i ciążę przerwać. Dla tego, mojem zdaniem w każdym przypadku podejrzanym należy się przedewszystkiem starać, przez kilkakrotne dokładne badanie i ścisłą obserwacyę, stwierdzić lub wykluczyć ciążę śródmiąższową, a w razie niewątpliwego jej rozpoznania, wystąpić czynnie według tego, z jakim rodzajem ciąży mamy do czynienia.

I tak, gdy rozpoznamy, że ciąża śródmiąższowa rozwija się z wybitną dążnością rozrostu do części obwodowej trąbki lub pomiędzy warstwy mięśni ściany macicznej, należałoby wykonać laparotomię; jeżeli zaś ciąża rozwija się więcej dośrodkowo, to trzeba próbować rozszerzyć szyjkę ma-

cicy, a następnie wejść palcem do jamy macicznej i zbadać jak się zachowuje ujście maciczne trąbki i czy przy pobudzeniu macicy do skurczów, skutkiem tego rozszerzenia szyjki ujście to nie będzie się rozszerzać. Pobudzając bowiem macicę do skurczów, wywołujemy równocześnie skurcze przerosłych ścian trąbki, zawierających jajo płodowe; jeżeli zatem ujście maciczne trąbki będzie miejscem najwięcej podatnem, jeżeli mieć będzie dążność do rozwarcia się, to jajo płodowe, siłą tych skurczów ścian trąbki, będzie działać w kierunku najmniejszego oporu i w ten sposób, po rozszerzeniu ujścia macicznego trąbki, może wreszcie zostać urodzonem do jamy macicznej, a następnie wydalonem. Takie zejście ciąży śródmiąższowej możemy śmiało nazwać najkorzystniejszem, bo następnie zazwyczaj powracają części rodne do prawidłowego stanu.

Przerwanie zatem ciąży śródmiąższowej i usunięcie jaja płodowego drogami naturalnemi jest w odpowiednich przypadkach postępowaniem najwięcej się zalecającem. Jednak i tu musimy mieć ciągle na uwadze tę okoliczność, że przy wystąpieniu skurczów macicy i ścian trąbki, może nastąpić pęknięcie ich i jajo płodowe będzie się rodzić do jamy brzusznej, zamiast, jak zamierzaliśmy, do jamy macicy; dlatego z chwilą rozpoczęcia rozszerzania szyjki macicznej, należy być przygotowanym na możliwą potrzebę wykonania laparatomii.

W tych zaś przypadkach, w których ciąża rozwijała się początkowo jako ciąża śródmiąższowa, a w których, w dalszym ciągu, w miarę swego rozwoju, zamieniła się w ciążę śródmaciczną i w których ona dobiegnie kresu, a nawet poród odbędzie się prawidłowo, należy bezpośrednio po porodzie bardzo ściśle zbadać zaułek, w którym pierwotnie jajo płodowe się rozwijało, czy jaki kawałek łożyska w nim nie pozostał, a w takim razie go wyjąć; w razie zaś niemożności wyjęcia, nie wahałbym się po tak smutnem doświadczeniu, jak w wyżej opisanym przypadku, wykonać po porodzie całkowite wyjęcie macicy przez pochwę, wraz

z odpowiednią trąbką i w ten sposób uwolnić położnicę od niewątpliwie jej grożącego zakażenia.

Wszystko to mając na uwadze, postąpiono według wyżej wypowiedzianych uwag w przypadku, którego opis poniżej zamieszczam:

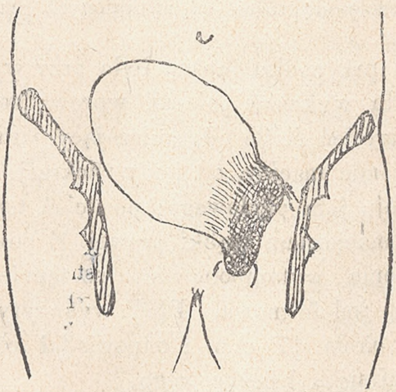
K. K., lat 34, przyjętą została na oddział III dnia 22-go Stycznia 1897 r. Pierwsza regularność wystąpiła w 17 roku życia i odtąd powtarzała się co 4 tygodnie, trwając 3 do 4 dni. Rodziła cztery razy, ostatni raz przed 5 laty, porody i połogi były prawidłowe. Obecne cierpienie rozpoczęło się z początkiem Września 1896 r. znacznymi bólami dołem brzucha i w krzyżach, osłabieniem i zawrotami głowy. Regularność z końcem Września i w Październiku była zupełnie prawidłowa, w Listopadzie była mniej obfita i trwała tylko dwa dni, w Grudniu i Styczniu zaś wcale regularności nie było. Od trzech miesięcy doznaje chora występujących kilka razy na dobę bólów dołem i w krzyżach, zupełnie podobnych do bolów porodowych, które z coraz większem nasileniem występują, co ją zmusza do leżenia w łóżku.

Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie podupadłe, niedokrewność znaczna, ciepłota ciała nie podwyższona, tętno przyśpieszone około 140 na minutę. Oba płaty gruczołu tarczykowego przerosłe, poprzeczne wymiary serca znacznie powiększone, uderzenie koniuszkowe więcej rozlane, silniejsze; nad koniuszkiem pierwszy ton wyraźny, drugi niewyraźny ze szmerem; zresztą w innych narządach zmian nie wykazano. Sutki małe, nieco obwisłe, zrazy gruczołu mlecznego zdają się być nieco powiększone, za uciskiem jednak nic nie wydziela się. Powłoki brzuszne wiotkie, tłuste, brzuch wypuklony dołem, zapadły nad pępkiem, linia środkowa ciała poniżej pępka nieco ciemniej zabarwiona. Nad spojeniem łonowem, więcej po stronie prawej, można było wyczuć guz ściśle ograniczyć się dający, wychodzący z miednicy małej, wielkości główki noworodka, kształtu podłużnego, z boku na bok tylko nieco poruszalny, więcej zaś od góry ku dołowi, guz zbitości napół elastycznej, od czasu do czasu wybitnie jędrniejący, przyczem już przy powierzchownem obmacywaniu staje się bolesnym. Wejście do pochwy wyraźnie sinawo zabarwione, pochwa rozpulchniona, część pochwowa na falangę palca długa, rozpulchniona, ujście zewnętrzne przepuszcza palec, ku górze szyja się zwęża; dalszy ciąg macicy powiększonej daje się wyczuć w przodozgięciu i w całości jest nieco na stronę lewą przesunięty; od rogu lewego macicy wyraźnie czuć odchodzącą trąbkę prawidłowych rozmiarów, a obok niej jajnik. Po stronie zaś prawej macicy wyczuwa się dolny odcinek guza, wyczuwalnego przez powłoki brzuszne, który jest w ścisłym związku

z prawym bokiem macicy, guz zbitości elastycznej, który trzon macicy przesuwa więcej na stronę lewą, i ku spojeniu łonowemu. Guz ten kształtu podłużnego rozpościera się od linii środkowej ciała ku talerzowi biodrowemu prawemu, chwilami jędrnieje i wśród tego przybiera kształt jajowaty, przyczem jednak zawsze można odróżnić wyraźnie osobno wyżej położone dno guza, a obok po lewej stronie trzon macicy.

Od strony prawej guza, tuż przy prawym talerzu biodrowym dawał się wyczuć, przy zepchnięciu guza ku dołowi, prawidłowy jajnik prawy; trąbki jednak wyraźnie wyczuć nie było można. Rysunek szematyczny.

Wobec tego badania rozpoznano z wszelkiem prawdopodobieństwem ciążę śródmiąższową i z tego powodu postanowiono ciążę przerwać. W tym celu, po przygotowaniu wszystkiego do laparotomii, jaka w danej chwili, skutkiem pęknięcia ściany worka płodowego do jamy brzusznej, musiałaby być natychmiast wykonaną, w dniu 4-go Lutego ułożono odpowiednio ciężarną, chwycono we wzierniku szczypczykami część pochwową i wprowadzono do jamy macicznej najprzód zgłębnik, który wszedł z łatwością na 13 ctm. ku stronie lewej, to jest tam, gdzie badaniem wykazano trzon powiększonej macicy. Następnie, w uśpie-



niu chloroformowem, rozszerzono szyjkę maciczną i wprowadzono jeden palec do jamy macicy, która okazała się zupełnie pustą i tylko w samym rogu prawym macicy napotkano pęcherz płodowy, wypuklający się częściowo przez ujście maciczne trąbki do jamy macicy, a przez który wyczuć można było niewyraźnie jakąś drobną część płodu.

Po wyjęciu palca wystąpiło krwawienie bardzo obfite z powodu naddarcia szyjki, dla tego wytamponowano jamę i szyjkę macicy gazą jodoformową.

Dnia 4-go i 5-go Lutego skurcze guza dość silne, krwawienia nie było.

Dnia 6-go Lutego uchwycono we wzierniku część pochwową kleszczykami w odpowiedniem ułożeniu rodzącej, przyczem pokazało się, że gaza z macicy została już częściowo do pochwy wypchniętą i wyjęto resztę gazy; krwawienia nie było, palec zaś wprowadzony tuż ponad ujściem wewnętrzem napotkał już stawiający się pęcherz płodowy. Wobec niedostatecznego rozwarcia szyjki macicznej założono jeszcze raz pasek gazy jodoformowej do jamy macicznej pomiędzy pęcherz płodowy, a lewą ścianę macicy, a następnie wytamponowano pochwę. Pomimo jednak takiego zadrażnienia skurcze silniejsze nie występowały; z tego powodu przystąpił prof. Dr. Mars w dniu 20-go Lutego przy rozwartej na dwa palce szyjce i ujściu do wydobycia płodu, a następnie popłodu, co uskuteczniono częścią ręcznie, częścią zaś przy pomocy narzędzi.

Tu należy dodać, że wśród obserwacyi, podczas skurczów guza, różnica w zbitości macicy od guza nieco się zacierała i tylko w czasie zupełnego zwiotczenia wyraźnie występowała, a następnie, że w miarę dostawania się jaja płodowego do jamy macicznej, guz wyraźnie się zmniejszał, macica zaś odpowiednio się powiększała tak, że w dniu wydobycia jaja płodowego stosunek rozmiarów macicy względem guza znacznie się różnił od znalezionych przy pierwszem badaniu.

I w tym przypadku można było przy wydobywaniu ręcznem popłodu wykazać palcem, wprowadzonym do jamy macicznej, pierścień ściśle odgraniczający jamę mniejszą, odpowiadającą jamie macicy, od jamy większej, odpowiadającej miejscu rozwoju jaja płodowego; pierścień ten był rozszerzonem ujściem macicznem trąbki prawej. Z powodu dość obfitego krwawienia wytamponowano następnie jamę macicy i pochwę gazą jodoformową. Płód wydobyty był zmacerowany, długi około 17 ctm. i odpowiadał rozwojem początkowi 5-go miesiąca księżycowego.

Tylko wieczorem w dniu operacyi było znaczniejsze podniesienie się ciepłoty, zresztą połóg przebiegał bezgorączkowo. Drugiego dnia wyjęto gazę z pochwy, czwartego usunięto połowę gazy z macicy, która już wypchniętą została do pochwy; resztę zaś gazy wyjęto dnia szóstego.

W dziesięć dni po operacyi, to jest dnia 20. Lutego, osoba ta opuściła zakład. Badanie w tym dniu wykazało

macicę dobrze zwiniętą, płaską, sięgającą na dwa palce powyżej spojenia łonowego. Po stronie prawej brzeg maciczny nie był tak ostro zaznaczony, był mniej twardy, przy silnym ucisku nieco tkliwy; trąbka prawa, wężykowato pokręcona, biegnie od tyłu, tuż przy macicy jest znacznie grubszą, miękką, więcej rozlaną i, rozszerzając się, przechodzi i zlewa się jednostajnie ze ścianą macicy, która w całości jest po stronie prawej większą i miękkszą, aniżeli po stronie lewej. Jajnik prawy nieco niżej ustawiony, trąbka lewa i jajnik lewy prawidłowe.

Po tygodniu pacyentka przyszła w celu zbadania: dolegliwości żadnych nie ma, a badanie wykazało macicę znacznie mniejszą, niż przy poprzedniem badaniu, jednak prawy róg macicy wybitnie jeszcze większy niż lewy, a trąbka prawa przy macicy znacznie grubsza.

W tym zatem przypadku udało nam się ciążę przerwać i usunąć jajo płodowe drogami naturalnemi i uzyskać w ten sposób przebieg najkorzystniejszy, bo przywracający w zupełności istniejące przedtem stosunki prawidłowe.

W przebiegu tych dwóch przypadków można było zauważyć, że jeżeli istnieje dążność do *abortus uterinus*, to po wystąpieniu silniejszych skurczów, dwa przedtem dobrze obok siebie dające się wyczuć guzy, to jest wypuklenie zawierające jajo płodowe i trzon macicy, nie tak łatwo dają się rozróżnić i niejako zaczynają się zlewać ze sobą w jeden guz większy, a następnie, co jest bardzo charakterystyczne, że w miarę postępowania *abortus uterinus* guz, zawierający jajo płodowe, zmniejsza się, a trzon macicy staje się większym.

Następnie zauważono, że pomimo silnych bolów i skurczów wydalenie jaja płodowego w przebiegu *abortus uterinus* odbywa się bardzo powoli i trwać może nawet przez czas dłuższy. W takich przypadkach krwawienie obfite, dłuższy czas trwające, zmusza nas w końcu do czynnego wystąpienia. W razie niedostatecznej uwagi w przypadkach *abortus uterinus* może wystąpić rozkład obumarłego, a nie wydalo-

nego jaja płodowego i objawy następowego ogólnego zakażenia, z powodu czego możemy być również zmuszeni do usunięcia jaja płodowego.

Jednak w takim razie pamiętać należy, że przy wydobywaniu jaja płodowego bardzo łatwo można w zaułku jakąś resztkę jaja pozostawić i dla tego należy starać się raz i drugi dokładnie palcem zbadać wnętrze zaułka, w którym najczęściej jakieś strzępki jeszcze wyczujemy. Usunięcie takich strzępów nie jest wcale łatwem, tem więcej, że ciągle mieć należy na uwadze, aby silniejszym ruchem nie sprowadzić pęknięcia bardzo nieraz cienkiej ściany zaułka. Wreszcie należy być przygotowanym, że po usunięciu chociażby doszczętnem jaja płodowego, może wystąpić bardzo nawet znaczne krwawienie z powodu złego kurczenia się ścian zaułka, w którym właśnie znajduje się miejsce uczepienia się łożyska.

W końcu dodać muszę, że cienkie ściany zaułka po wydaleniu jaja płodowego są bardzo wiotkie i z tego powodu są skłonne do wynicowania się, dla tego nacieranie dna macicy powinno się w takich przypadkach stosować tylko bardzo umiejętnie i ostrożnie, najlepiej zaś, tak jak to uczyniono w naszych przypadkach, wytamponować gazą zaraz po usunięciu jaja jamę maciczną i cały zaułek, poczem należy usuwać gazę stopniowo, tylko o tyle, o ile sama przez skurcze macicy do pochwy wypchniętą zostaje.